



CONSEIL MÉDICAL

FICHE DESCRIPTIVE DES FONCTIONS

EMPLOYEUR

Nom :

Adresse :

Tel :

Responsable hiérarchique :

AGENT

Nom :

Adresse :

Prénom : Date de naissance : -- / -- /----

Titulaire : ☐ oui ☐ non

Date d'affiliation : -- / -- /----

Stagiaire : ☐ oui ☐ non

Corps ou cadre d'emploi :

Grade :

Date d'entrée dans le service : -- / -- /----

IDENTIFICATION DU DERNIER POSTE OCCUPE PAR L'AGENT

Définition du poste :

Poste occupé depuis le : -- / -- /----

Descriptif des fonctions exercées

-Générales :

-Permanentés :

-Spécifiques :

Particularités du Poste : (horaires de travail, Week-end, heures de nuit...)

Risques professionnels liés à l'activité : (port de charge, posture, radiation)